

## Оплата по частям



- просто, быстро и небюрократично
- минимальный ежемесячный взнос от 25,- евро
- индивидуальный срок оплаты до 48 месяцев
- отсрочка частичных платежей
- дополнительные выплаты или досрочное погашение возможны в любой момент без дополнительной платы
- для общего срока оплаты до 6 месяцев без взывскания процентов или сборов

### DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH

Postfach 10 16 53 | 41416 Neuss  
Hermann-Klammt-Straße 7 | 41460 Neuss  
Телефон +49 (0)2131 5673-0  
Факс +49 (0)2131 5673-56

Эл. почта [tzv.neuss@dzt.de](mailto:tzv.neuss@dzt.de)  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)

### Банковские реквизиты:

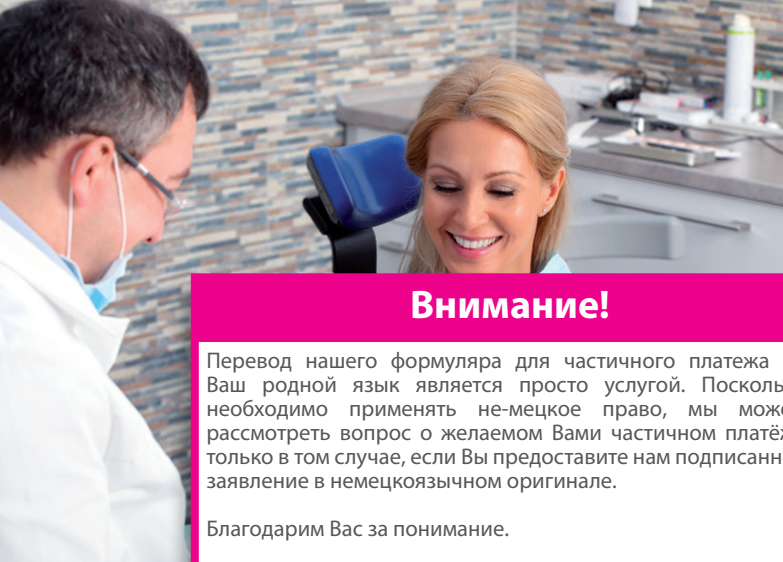
DZ BANK AG  
BIC GENODEDD  
IBAN DE25 3006 0010 0000 2166 53

### Управляющий фирмой:

Konrad Bommas | Thomas Schelhorn | Thomas Schiffer  
Местонахождение и суд низшей инстанции:  
Торговый реестр Штутгарта, часть Б 6658

DZR  
Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
**Patienten-Service**  
Postfach 10 16 53  
41416 Neuss

**Сообщите о своем желании  
произвести оплату частями  
на веб-странице  
[www.dzt.de/tzv](http://www.dzt.de/tzv)**



## Внимание!

Перевод нашего формуляра для частичного платежа на Ваш родной язык является просто услугой. Поскольку необходимо применять не-мецкое право, мы можем рассмотреть вопрос о желаемом Вами частичном платёже только в том случае, если Вы предоставите нам подписанное заявление в немецкоязычном оригинале.

Благодарим Вас за понимание.

Соблюдайте указания на странице 3.

## Сроки и стоимость

При соглашении купли-продажи на условиях платежа в рассрочку с общим сроком действия более 6 месяцев с даты выставления счета возникают следующие расходы на финансирование:

### Ссудные проценты в месяц:

7–12 месяцев	0,43 % в м-ц*
13–48 месяцев	0,63 % в м-ц

Условия и расходы на финансирование (проценты в месяц) указываются в направляемом Вам отдельно соглашении купли-продажи на условиях платежа в рассрочку – проценты от неоплаченной суммы счета взимаются с даты выставления счета.

\* Процентная ставка предусматривает подачу заявления о желании произвести оплату частями в течение 30 дней с даты выставления

**Минимальный ежемесячный взнос составляет 25,- евро**, максимальный срок оплаты - 48 месяцев.

**Отсрочка части платежа:** Чтобы помочь Вам преодолеть возможные финансовые затруднения, мы предлагаем бесплатную отсрочку части платежа (не более одного частичного платежа за каждый год действия соглашения). Достаточно короткого письменного сообщения. **Отдельные платежи:** Вы можете бесплатно производить отдельные платежи в любое время.

**Досрочное расторжение:** Соглашение купли-продажи на условиях платежа в рассрочку может быть досрочно расторгнуто в любое время без дополнительных затрат. Вы можете просто запросить предложение на оплату по частям вместе с прилагаемым заявлением на оплату по частям или получить его по адресу [www.dzr.de/tzv](http://www.dzr.de/tzv).

## Примеры:

Срок оплаты/месяцы со дня выставления счета	6 месяцев (без дополнительных расходов)	12 месяцев
	Ежемесячный взнос/общая сумма в евро (округленное значение)	
1.000,00	167,00	88,00 / 1.052,00
2.000,00	333,00	176,00 / 2.103,00
5.000,00	833,00	439,00 / 5.258,00
10.000,00	1.667,00	877,00 / 10.516,00
20.000,00	3.333,00	1.753,00 / 21.032,00
<b>Проценты в месяц</b>	0 %	0,43 %
<b>эффективная процентная ставка</b>	0 %	9,85 %
<b>Минимальный взнос в евро</b>	25,00	25,00

Ежегодная эффективная процентная ставка и размер минимального взноса зависят от индивидуальных факторов, например, от поступления первого взноса и общего срока действия соглашения (макс. 48 месяцев).

## Заявление на оплату по частям

### Да, я хочу произвести оплату по частям!

Просьба сразу после получения счета заполнить этот формуляр и отправить его в DZR. Обратите внимание, что Ваше заявление на оплату по частям может быть обработано **только при указании номера счета DZR**.

№ (№№) счета(ов) (обязательно указать) \_\_\_\_\_ Сумма счета \_\_\_\_\_

Свое индивидуальное соглашение купли-продажи на условиях платежа в рассрочку Вы получите в течение нескольких дней. **Обратите внимание:** Объединение нескольких счетов в одном соглашении невозможно.

### Получатель счета

Имя/фамилия \_\_\_\_\_

Улица/№ дома \_\_\_\_\_

Почтовый индекс/населенный пункт \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

Мой стоматологический кабинет \_\_\_\_\_

### Пожалуйста, сделайте выбор

размер ежемесячного взноса (минимум 25,- евро)

срок оплаты (месяцы) (максимально 48 месяцев)

желаемое начало оплаты/дата оплаты

к 01-му каждого месяца

к 15-му каждого месяца

Я пользуюсь интернет-банкингом и поэтому бланк перевода мне не требуется.

Место/дата \_\_\_\_\_

Подпись получателя счета/пациента \_\_\_\_\_

01.18-22V.

Отгорвите по перфорационной линии

## Последовательность Ваших действий:

### Вариант № 1:

1. Заполните данный формуляр на Вашем родном языке (стр. 2) на ПК с помощью программы Acrobat Reader. Ваши данные будут автоматически перенесены в формуляр на немецком языке.
2. Пожалуйста, распечатайте формуляр на немецком языке
3. Подпишите заявление
4. Сложите лист вдвое, вложите его в конверт с прозрачным окошком, отдайте конверт Вашему зубному врачу или отправьте по почте на адрес DZR

### Вариант № 2:

1. Распечатайте эту страницу
2. Заполните заявление и подпишите его
3. Сложите лист вдвое, вложите его в конверт с прозрачным окошком, отдайте конверт Вашему зубному врачу или отправьте по почте на адрес DZR

## Teilzahlungswunsch

### Ja, ich möchte die Teilzahlung nutzen!

Bitte gleich nach Erhalt Ihrer Rechnung dieses Formular ausfüllen und an das DZR senden. Bedenken Sie, dass Ihr Teilzahlungswunsch **nur in Verbindung mit der DZR-Rechnungsnummer** bearbeitet werden kann.

Rg.-Nr.(n) (bitte unbedingt angeben) Rechnungsbetrag

Innerhalb weniger Tage erhalten Sie Ihre individuelle Teilzahlungsvereinbarung. **Bitte beachten Sie:** Es ist nicht möglich, mehrere Rechnungen in einer Vereinbarung zusammenzufassen.

### Rechnungsempfänger

Vorname/Name

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon-Nr.

Meine Zahnarztpraxis

### Bitte wählen Sie

 oder 

**die Höhe der Monatsrate**  
(mind. 25,- Euro monatlich)

**die Laufzeit** (in Monaten)  
(maximal 48 Monate)

**und den gewünschten Zahlungsbeginn/Zahlungstermin:**

zum 01. eines Monats

zum 15. eines Monats

Ich nutze Online-Banking und benötige daher keine Überweisungsträger.

Ort/Datum

Unterschrift des Rechnungsempfängers/Patienten

DZR  
Deutsches Zahnärztliches  
Rechenzentrum GmbH  
**Patienten-Service**  
Postfach 10 16 53  
41416 Neuss

01.18-22V.